

BOLETIN

Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

mayo agosto 2026

volumen 56

número 2

SUMARIO

IN MEMORIAM

In memoriam Juan Antonio Pérez Marrodán

C. Toledo Gotor

ARTÍCULO ORIGINAL

**Pantallas digitales en la infancia temprana:
entre riesgos cognitivos y oportunidades educativas**

O. Valer Monterde, M. Sobreviola Ibarzo, S. Bona Gazol, M. Calero Ortega,
A. Sofía Mainé Rodrigo

CASO CLÍNICO

**Trastorno por déficit de atención adquirido
tras infarto talámico bilateral por oclusión de la arteria Percherón
manifestado por síndrome opercular anterior**

J. López Pisón, J. Pablo García Iñiguez, P. Madurga Revilla, A. García Oguiza,
M. Rosario Barrena Caballo, M. Ángel Marín Cárdenas

**Reacción cutánea grave tras uso tópico de ajo como remedio casero
en área genital: a propósito de un caso**

S. Bona Gazol, M. del Roser Amiguet Biain, M. Sobreviola Ibarzo, Y. Aliaga Mazas

IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Exantema auricular en un día soleado

M. Sobreviola Ibarzo, Y. Aliaga Mazas, S. Bona Gazol, O. Valer Monterde

**La radiografía convencional como clave diagnóstica
en un caso de faringitis persistente**

M. Garrido Martín, S. Ortiz Madinaveitia, R. Peñalver Penedo, A. Peña Busto

SESIONES DE LA SOCIEDAD

**Resúmenes de la sesión de comunicaciones libres celebrada
en sesión de Clausura el 18 de junio**





BOLETIN

Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

Órgano de expresión fundamental
de la Sociedad de Pediatría
de Aragón, La Rioja y Soria

Fundador:
Luis Boné Sandoval

Dirección:
M^a Pilar Collado Hernández

Secretario de redacción:
Olga Bueno Lozano
Avda. San Juan Bosco, 15
50009 Zaragoza
obuenol@salud.aragon.es

Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria

<http://spars.es/index.php/numeros/>

Junta directiva:

Presidenta:

Ana Gastón Faci

Vicepresidenta 1.ª:

Marta Ferrer Lozano

Vicepresidenta 2.ª:

M^a Teresa Solans Bascuas

Secretaria general:

María Teresa Sánchez Andrés

Secretaria de actas:

Sergio Juan Belloc

**Secretaria de comunicación
y redes sociales:**

Belén Miranda Alcalde

Tesorera:

Elena Sancho Gracia

Bibliotecaria y Directora del Boletín:

M^a Pilar Collado Hernández

Vocal por Huesca:

Carmen Vera Bella

Vocal por La Rioja:

Aránzazu Olloqui Escalona

Vocal por Soria:

Lidia Cardiel Valiente

Vocal por Teruel:

Laura Buzón Serrano

Vocal por Zaragoza:

Elena Borque Navarro

**Vocal de Pediatría Extrahospitalaria
y de Atención Primaria:**

Marta Ortillés García

Vocal MIR:

Alejandra Mercedes Fuentes Vidal

Consejo de redacción:

Directora:

M^a Pilar Collado Hernández

Secretario de redacción:

Olga Bueno Lozano

Consejo de redacción:

F. de Juan Martín

J. Fleta Zaragozano

M. V. Labay Matías

A. Lacasa Arregui

A. Lázaro Almarza

C. Loris Pablo

L. Ros Mar

F. Valle Sánchez

G. Rodríguez Martínez

M. P. Samper Villagrasa

G. Bueno Lozano

C. Campos Calleja

A. De Arriba Muñoz

Presidentes de honor:

E. Casado de Frías

M. A. Solans Castro

A. Sarriá Chueca

A. Baldellou Vázquez

M. Bueno Sánchez

M. Adán Pérez

A. Ferrández Longás

J. Elías Pollina

M. Domínguez Cunchillos

N. García Sánchez

G. Bueno Lozano

J. L. Peña Segura

Edita:

**Sociedad de Pediatría
de Aragón, La Rioja y Soria**

Paseo de Ruiseñores, 2
50006 Zaragoza

Dep. legal:

M. 21. 402-1970

I.S.S.N.:

I.696-358-X

Imprime:

TIPOLÍNEA, S. A.

Publicación autorizada por
el Ministerio de Sanidad
como Soporte Válido
Ref. n.º 393

Publicación cuatrimestral
(3 números al año)

REVISTA INCLUIDA EN EL ÍNDICE MÉDICO ESPAÑOL HASTA 2011
REVISTA INDEXADA EN DIALNET DESDE 2017
REVISIÓN POR PARES

mayo
agosto
2026
volumen 56
número 2

SUMARIO

BOLETIN

Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

IN MEMORIAM

- 41 In memoriam Juan Antonio Pérez Marrodán
C. Toledo Gotor

ARTICULO ORIGINAL

- 42 Pantallas digitales en la infancia temprana:
entre riesgos cognitivos y oportunidades educativas
O. Valer Monterde, M. Sobrevela Ibarzo, S. Bona Gazol, M. Calero Ortega,
A. Sofía Mainé Rodrigo

CASO CLÍNICO

- 50 Trastorno por déficit de atención adquirido tras infarto talámico bilateral
por oclusión de la arteria Percherón manifestado por síndrome opercular anterior
J. López Pisón, J. Pablo García Iñiguez, P. Madurga Revilla, A. García Oguiza,
M. Rosario Barrena Caballo, M. Ángel Marín Cárdenas
- 54 Reacción cutánea grave tras uso tópico de ajo como remedio casero
en área genital: a propósito de un caso
S. Bona Gazol, M. del Roser Amiguet Biain, M. Sobrevela Ibarzo, Y. Aliaga Mazas

IMÁGENES EN PEDIATRÍA

- 57 Exantema auricular en un día soleado
M. Sobrevela Ibarzo, Y. Aliaga Mazas, S. Bona Gazol, O. Valer Monterde
- 60 La radiografía convencional como clave diagnóstica en un caso de faringitis persistente
M. Garrido Martín, S. Ortiz Madinaveitia, R. Peñalver Penedo, A. Peña Busto

SESIONES DE LA SOCIEDAD

Resúmenes de la sesión de comunicaciones libres celebrada
en sesión de Clausura el 18 de junio

may
august
2026
volume 56
number 2

CONTENTS

BOLETIN

Sociedad de Pediatría de
ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

LETTER TO THE EDITOR

- 41 In memoriam Juan Antonio Pérez Marrodán
C. Toledo Gotor

ORIGINAL ARTICLE

- 42 Digital Screens in Early Childhood:
Between Cognitive Risks and Educational Opportunities
O. Valer Monterde, M. Sobrevela Ibarzo, S. Bona Gazol, M. Calero Ortega,
A. Sofía Mainé Rodrigo

CLINICAL CASE

- 50 Attention deficit disorder acquired after bilateral thalamic infarction due
to Percheron artery occlusion, manifested by anterior opercular syndrome
J. López Pisón, J. Pablo García Iñiguez, P. Madurga Revilla, A. García Oguiza,
M. Rosario Barrena Caballo, M. Ángel Marín Cárdenas
- 54 Severe skin reaction after topical application of garlic as a home remedy
in the genital region: a case report
S. Bona Gazol, M. del Roser Amiguet Biain, M. Sobrevela Ibarzo, Y. Aliaga Mazas

IMAGES IN PAEDIATRICS

- 57 Auricular exanthem on a sunny day
M. Sobrevela Ibarzo, Y. Aliaga Mazas, S. Bona Gazol, O. Valer Monterde
- 60 Conventional radiography as a diagnostic key in a case of persistent pharyngitis
M. Garrido Martín, S. Ortiz Madinaveitia, R. Peñalver Penedo, A. Peña Busto

SOCIETY SESSIONS

In memoriam

Juan Antonio Pérez Marrodán

C. Toledo Gotor

CS Puerta de Arnedo. Arnedo (La Rioja)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2026; 56: 41]

La pediatría riojana ha perdido a uno de esos profesionales cuya influencia va mucho más allá de su trayectoria asistencial. El pasado 14 de julio falleció el Dr. Juan Antonio Pérez Marrodán a los 75 años de edad, dejando tras de sí el recuerdo de un médico profundamente comprometido con sus pacientes, con sus compañeros y con el ejercicio de la Pediatría.

Nacido en Arnedo el 25 de febrero de 1951, estudió Medicina en la Universidad de Zaragoza y realizó la especialidad de Pediatría en el Hospital Virgen del Camino de Pamplona. En 1978 regresó a La Rioja para incorporarse al Servicio de Pediatría del entonces Hospital San Millán, donde inició una trayectoria que continuaría posteriormente en el Hospital San Pedro y que se prolongó durante más de cuatro décadas de ejercicio profesional.

Fue una figura de referencia en la Gastroenterología Pediátrica y en la atención a los lactantes hospitalizados, pero quienes tuvimos la suerte de trabajar junto a él recordaremos, sobre todo, su forma de ejercer la medicina: cercana, serena, generosa y siempre dispuesta a enseñar. A lo largo de cuarenta años formó a generaciones enteras de pediatras riojanos. Quienes aprendimos a su lado recordaremos especialmente su extraordinario ojo clínico y una forma de entender la Pediatría basada en la observación, la experiencia y el sentido común. Nos enseñó que la medicina empieza delante del niño: mirándolo, escuchando a la familia y pensando antes de buscar respuestas en algoritmos. Era esa medicina que no siempre se encuentra en los libros y que termina formando parte de la manera de ejercer de quienes tuvimos la suerte de aprender a su lado. Muchos de sus residentes recuerdan todavía sus frases y consejos, pequeñas lecciones que trascendían la consulta y que siguen acompañándonos en nuestra práctica clínica diaria.

Su compromiso con la infancia fue más allá del ámbito hospitalario. Colaboró de manera altruista con numerosas iniciativas en nuestra comunidad dirigidas a mejorar la atención a los niños riojanos y a sus familias, siendo miembro fundador de FARO



(Asociación Riojana de Familiares y Amigos de Niños con Cáncer) y colaborando estrechamente con ACERI (Asociación de Celíacos de La Rioja), entre otras entidades.

Quienes lo conocieron saben que su legado no se mide únicamente por los años de ejercicio o los pacientes atendidos, sino por el ejemplo que dejó en tantas personas. Porque algunos médicos siguen presentes mucho después de haberse jubilado. Permanecen en la forma de pensar, de explorar a un niño y de ejercer de quienes aprendieron con ellos. Juan Antonio fue, sin duda, uno de esos maestros.

La Pediatría riojana lo recordará con enorme cariño y gratitud.

Descanse en paz.

Pantallas digitales en la infancia temprana: entre riesgos cognitivos y oportunidades educativas

Ó. Valer Monterde⁽¹⁾, M. Sobreviela Ibarzo⁽¹⁾, S. Bona Gazol⁽¹⁾, M. Calero Ortega⁽¹⁾, A. S. Mainé Rodrigo⁽²⁾

⁽¹⁾ Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁽²⁾ Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2025; 55: 42-49]

RESUMEN

Introducción: El uso de pantallas digitales en la infancia temprana ha aumentado de manera significativa, generando preocupación sobre sus efectos en el desarrollo cognitivo. La evidencia reciente sugiere que los resultados dependen del tipo de exposición, contenido y contexto. **Objetivo:** Analizar el impacto del uso de pantallas digitales en el desarrollo cognitivo de niños entre 2 y 6 años, diferenciando los efectos de exposiciones pasivas y educativas-interactivas. **Métodos:** Se realizó una revisión sistemática de estudios publicados entre 2020 y 2025. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados, cohortes, estudios transversales, cuasi-experimentales, revisiones sistemáticas y metaanálisis que evaluaran tiempo de pantalla y desenlaces cognitivos (lenguaje, funciones ejecutivas, atención y habilidades socioemocionales). **Resultados:** Se identificaron 30 estudios relevantes. La exposición pasiva y excesiva (pantallas de fondo, televisión durante las comidas, >6 horas/día) se asoció con menor vocabulario, comprensión lingüística reducida, disminución de funciones ejecutivas y dificultades atencionales. En contraste, el uso educativo e interactivo, especialmente con mediación adulta, se relacionó con mejoras en complejidad lingüística, memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva, empatía y regulación socioemocional. **Conclusiones:** El impacto de las pantallas digitales en la infancia es bidireccional: el uso pasivo y excesivo resulta perjudicial, mientras que las experiencias interactivas y educativas pueden favorecer el desarrollo cognitivo. Los hallazgos respaldan guías pediátricas que limiten el tiempo de pantalla y promuevan un uso mediado y de calidad.

PALABRAS CLAVE

Desarrollo infantil; Tiempo frente a pantallas; Medios digitales; Desarrollo del lenguaje; Funciones ejecutivas; Atención; Cognición social; Niño en edad preescolar.

Digital Screens in Early Childhood: Between Cognitive Risks and Educational Opportunities

ABSTRACT

Introduction: The use of digital screens in early childhood has increased substantially, raising concerns about their effects on cognitive development. Recent evidence suggests that outcomes depend on exposure type, content, and context. **Objective:** To analyze the impact of digital screen use on cognitive development in children aged 2-6 years, differentiating the effects of passive versus educational-interactive exposures. **Methods:** A systematic review of studies published between 2020 and 2025 was conducted. Included designs comprised randomized controlled trials, cohort studies, cross-sectional studies, quasi-experiments, systematic reviews, and meta-analyses evaluating screen time and cognitive outcomes, including language, executive functions, attention, and socioemotional skills. **Results:** 30 studies were identified. Excessive passive exposure (e.g., background television, screens during meals, >6 hours/day) was associated with reduced vocabulary, poorer language comprehension, decreased executive functions, and attentional difficulties. In contrast, educational and interactive screen use, particularly with adult mediation, was linked to improvements in language complexity, working memory, cognitive flexi-

Correspondencia: Óscar Valer Monterde
Teléfono: 649 68 81 77
ovaler@salud.aragon.es

Recibido: septiembre de 2025. Aceptado: noviembre de 2025.

bility, empathy, and socioemotional regulation. Conclusions: Digital screens have a bidirectional impact in early childhood. Excessive passive use is detrimental, whereas interactive, educational experiences can enhance cognitive development. These findings support pediatric guidelines that not only limit screen time but also promote high-quality, mediated digital engagement.

KEYWORDS

Child Development; Screen Time; Digital Media; Language Development; Executive Function; Attention; Social Cognition; Preschool Child.

INTRODUCCIÓN

El uso de pantallas digitales en la infancia temprana ha aumentado de forma exponencial en la última década, impulsado por la accesibilidad generalizada a televisores, tabletas y teléfonos inteligentes en el entorno familiar. Actualmente, la mayoría de los niños entre 2 y 6 años mantienen contacto diario con algún dispositivo digital⁽¹⁾. Esta situación genera preocupación en pediatría, ya que las guías internacionales –incluyendo las de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Asociación Española de Pediatría (AEP)– recomiendan evitar el uso de pantallas en menores de 2 años y limitarlo a ≤ 1 hora diaria en los de 2 a 5 años, siempre bajo mediación parental. La AEP, además, enfatiza que no se recomienda el uso de pantallas en menores de 6 años salvo con fines educativos o terapéuticos y destaca la importancia de que los padres no estén frente al móvil durante todo el día, ya que esto puede reducir la interacción verbal y la atención compartida⁽²⁻⁴⁾.

Un metaanálisis reciente mostró que solo un 24,7% de los menores de 2 años y un 35,6% de los niños entre 2 y 5 años cumplen con estas recomendaciones⁽⁵⁾. La exposición excesiva y pasiva –como ver televisión durante las comidas o permanecer varias horas frente a dispositivos sin supervisión adulta– se ha asociado con peores resultados en lenguaje, funciones ejecutivas y atención⁽⁶⁻⁹⁾. Por el contrario, el uso interactivo, educativo y mediado por adultos puede favorecer la adquisición de vocabulario, la autorregulación y la empatía⁽¹⁰⁻¹⁵⁾.

El impacto del uso digital también depende del tipo de pantalla. Las pantallas táctiles, como las tabletas y los smartphones, permiten una interacción activa que puede promover el aprendizaje de habilidades cognitivas y socioemocionales, mientras que las pantallas no interactivas, como la televisión, fomentan un procesamiento pasivo de la información^(6-8,12,16). Las plataformas digitales educativas y las aplicaciones interactivas pueden contribuir al desarrollo de competencias específicas, como alfa-

betización inicial, razonamiento matemático, aprendizaje de idiomas y habilidades cognitivas generales, ofreciendo oportunidades de aprendizaje activo que no se logran con el uso pasivo^(10,11,15,17).

Diversos factores moderan estos efectos, incluyendo el nivel socioeconómico, la calidad del contenido, las prácticas parentales y el momento del día en que se utiliza la pantalla^(5,14,18). La exposición antes de dormir se asocia con menor duración y calidad del sueño, lo que podría repercutir en procesos cognitivos y conductuales⁽¹¹⁾.

Dado lo anterior, el objetivo de este trabajo es examinar el impacto del uso de pantallas digitales en el desarrollo cognitivo y socioemocional de niños de 2 a 6 años, analizando la evidencia de estudios observacionales, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas recientes, considerando tanto los riesgos asociados al uso pasivo como las oportunidades educativas de la tecnología interactiva.

MÉTODO

Diseño del estudio

Se realizó una revisión sistemática de la literatura, siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). El objetivo fue sintetizar la evidencia disponible sobre el impacto del uso de pantallas digitales en el desarrollo cognitivo de niños de 2 a 6 años.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se efectuó en la base de datos Semantic Scholar, que indexa más de 126 millones de publicaciones académicas. Se utilizaron términos de búsqueda combinados en inglés y español relacionados con tres bloques temáticos: (a) población objetivo (preschool children, early childhood, niños preescolares), (b) exposición (screen time, digital media, pantallas digitales, smartphone, tablet, television), y (c) resultados cognitivos (cognitive development, executive function, language, attention, me-

mory, academic skills). La estrategia se ajustó iterativamente para maximizar la sensibilidad de la búsqueda.

Inicialmente se recuperaron los 500 artículos más relevantes, determinados por el algoritmo semántico de la plataforma. Adicionalmente, se revisaron manualmente las listas de referencias de los estudios seleccionados para identificar literatura secundaria potencialmente elegible.

Criterios de inclusión y exclusión

Se establecieron de forma previa los siguientes criterios de inclusión:

1. Población: estudios que incluyeran niños entre 2 y 6 años, sin trastornos neurológicos ni alteraciones cognitivas diagnosticadas.
2. Exposición: evaluación del uso de dispositivos digitales (televisión, tabletas, smartphones, ordenadores, videojuegos o aplicaciones interactivas), con medición cuantitativa del tiempo, frecuencia, intensidad o contexto de uso.
3. Desenlaces: indicadores de desarrollo cognitivo (lenguaje, funciones ejecutivas, atención, memoria, habilidades académicas o competencias socioemocionales).
4. Diseño del estudio: ensayos controlados aleatorizados, estudios de cohortes, estudios transversales, cuasi-experimentales, revisiones sistemáticas y metaanálisis.
5. Periodo de exposición: exposición principal dentro del rango etario de 2 a 6 años.

Se excluyeron artículos centrados exclusivamente en niños con trastornos del neurodesarrollo (p. ej., TEA, TDAH, retraso global), estudios cuyo desenlace no incluyera variables cognitivas, investigaciones con exposición fuera del rango de edad y publicaciones no disponibles en inglés o español.

Selección de estudios

El proceso de selección se realizó en dos fases. En la primera, dos revisores evaluaron títulos y resúmenes para descartar aquellos que no cumplieran los criterios. En la segunda, se revisaron los textos completos de los artículos potencialmente elegibles. Las discrepancias se resolvieron mediante consenso o la intervención de un tercer revisor.

El procedimiento de selección se documentó mediante un diagrama de flujo PRISMA, en el que se detallaba el número de estudios identificados, excluidos y finalmente incluidos en la revisión.

Extracción de datos

Se diseñó un formulario estandarizado para la extracción de información. Los datos recogidos de cada estudio incluyeron:

- Características del estudio: autores, año de publicación, país, diseño metodológico.
- Participantes: tamaño muestral, edad, sexo, características sociodemográficas.
- Exposición: tipo de dispositivo (televisión, tablet, smartphone, ordenador), modalidad de uso (pasivo, interactivo, educativo), duración del tiempo de pantalla, contexto de exposición (co-uso, uso individual, televisión de fondo).
- Desenlaces cognitivos: dominio evaluado (lenguaje, funciones ejecutivas, atención, memoria, socioemocional), instrumentos de medida empleados y puntos temporales de evaluación.
- Resultados principales: medidas de asociación (coeficientes, odds ratios, diferencias de medias, tamaños del efecto), nivel de significación estadística y dirección de la asociación.

La extracción fue realizada por dos revisores de forma independiente y se contrastó por un tercero para garantizar consistencia.

Evaluación de la calidad metodológica

La calidad de los estudios incluidos se evaluó mediante herramientas adaptadas a cada diseño:

- Ensayos clínicos aleatorizados: Cochrane Risk of Bias Tool.
- Estudios observacionales: escala Newcastle-Ottawa para cohortes y casos-control, y guías STROBE para transversales.
- Revisiones sistemáticas y metaanálisis: herramienta AMSTAR-2.

Cada estudio se clasificó como de calidad alta, moderada o baja según los criterios establecidos.

Síntesis de la evidencia

Dada la heterogeneidad en los diseños, medidas de exposición y resultados, no fue posible realizar un metaanálisis global. Se llevó a cabo una síntesis narrativa estructurada, organizando los hallazgos por dominios cognitivos (lenguaje, funciones ejecutivas, atención, memoria y socioemocional).

RESULTADOS

La muestra bibliográfica estuvo compuesta por treinta artículos publicados entre 2020 y 2025, que en conjunto aportan evidencia reciente y multidimensional sobre la relación entre el uso de pantallas y el desarrollo infantil. Los estudios incluidos abarcan distintos diseños metodológicos, lo que permite una visión integral del fenómeno. En total, se identificó un ensayo clínico controlado, ocho estudios de cohortes longitudinales, dos estudios cuasi-experimentales, ocho estudios transversales y ocho revisiones sistemáticas o meta-análisis, además de tres documentos de carácter normativo o de revisión narrativa elaborados por organismos y sociedades científicas. Esta diversidad metodológica refuerza la solidez del análisis y facilita la triangulación de resultados provenientes de diferentes enfoques empíricos.

Los estudios incluyeron muestras desde menos de 50 hasta más de 3.000 participantes, mayoritariamente en Norteamérica, Europa y Asia, con escasa representación de Latinoamérica y África. Las exposiciones más evaluadas fueron televisión (11 estudios), tabletas (12 estudios), smartphones (6 estudios) y videojuegos (7 estudios), además de medidas de tiempo total de pantalla (8 estudios). El uso pasivo vs. interactivo y la presencia de televisión de fondo o co-uso con adultos fueron analizados en menor número de publicaciones (11 de ellas).

La evidencia sobre la exposición a pantallas y el desarrollo del lenguaje en la primera infancia es heterogénea y depende del tipo de uso. El tiempo total y el consumo pasivo, especialmente de televisión, se asocian con un menor rendimiento lingüístico y cognitivo^(1,6,7), mientras que el uso interactivo o mediado, como las aplicaciones educativas y el co-uso con adultos, se relaciona con mejoras en la comprensión y la complejidad del lenguaje⁽¹⁰⁻¹³⁾. Las revisiones sistemáticas resaltan la relevancia del contenido educativo y del acompañamiento parental, mostrando efectos variables según el contexto de uso^(16,18,22) (tabla 1).

Los estudios revisados coincidieron en que la exposición elevada a pantallas se relaciona con dificultades de atención e incremento de síntomas tipo TDAH^(8,9,24,30) (tabla 2). El impacto del uso de pantallas sobre las funciones ejecutivas y la autorregulación infantil ha sido objeto de creciente interés en los últimos años. La evidencia actual muestra resultados divergentes según la naturaleza de la exposición y el tipo de interacción. Diversos estudios transversales han informado asociaciones negativas entre el uso pasivo o no estructurado de dispositivos digitales y el control inhibitorio, la memoria de trabajo o la flexibilidad cognitiva^(8,9,22,29,30). Sin embargo, investigaciones que evalúan aplicaciones educativas o intervenciones digitales guiadas han encontrado efectos positivos en el desarrollo de las funciones ejecutivas, la

Tabla 1. Resumen de evidencia científica sobre el impacto de la exposición a pantallas en el desarrollo del lenguaje infantil

Estudio (Año)	Diseño	Población (Edad)	Tipo de exposición	Resultado principal	Dirección del impacto
McArthur et al. (2021)	Cohorte	2-5 años	Tiempo total de pantalla	↓ Habilidades de lectura	Negativo
Martinot et al. (2021)	Cohorte	2-6 años	TV durante las comidas	↓ CI verbal	Negativo
Gath et al. (2025)	Cohorte	2-4.5 años	Exposición elevada (>6 h/día)	↓ Vocabulario y comunicación	Negativo
Rowe et al. (2021)	Cuasi-exp.	33-53 meses	Apps interactivas (co-uso)	↑ Complejidad lingüística	Positivo,
Peña et al. (2024)	Cuasi-exp.	2-3.5 años	Intervención con tabletas	↑ Comprensión lingüística	Positivo
Jing et al. (2023)	Meta-análisis	0.9-6.6 años	TV, e-books y apps	↑ Vocabulario con uso educativo	Positivo
Niklas et al. (2024)	Cuasi-exp.	5.1 años	Apps de aprendizaje	↑ Competencias en lenguaje	Positivo
Amorim et al. (2020)	Transversal	56 meses	Juegos digitales	↑ Lectura y escritura	Positivo
Mallawaarachchi et al. (2024)	Rev. Sist.	1.4-5.4 años	Programas y TV de fondo	↓ Lenguaje (pasivo); ↑ con co-uso	Mixto
Madigan et al. (2020)	Meta-análisis	0-6 años	Tiempo total y TV	↓ Lenguaje (pasivo); ↑ con co-uso	Mixto
Bal et al. (2024)	Rev. Sist.	2-6 años	Uso interactivo vs. pasivo	↓ Efecto pasivo; ↑ educativo/interactivo	Mixto

Abreviaturas: CI: cociente intelectual; h/día: horas por día; Cuasi-exp.: diseño cuasi-experimental; Rev. Sist.: revisión sistemática.

Tabla II. Resumen de evidencia sobre el impacto del uso de pantallas en las funciones ejecutivas infantiles

Estudio (Año)	Diseño	Población (Edad)	Tipo de exposición	Resultado principal	Dirección del impacto
Helm et al. 2022	Transversal	3.5-5 años	Tableta (15 min)	↓ Control inhibitorio	Negativo
Kessaoğlu et al. 2024	Transversal	5-6 años	Dibujos fantásticos	↓ Memoria de trabajo e inhibición	Negativo
Portugal et al. 2022	Transversal	3.5 años	Pantallas táctiles	↓ Flexibilidad cognitiva	Negativo
Zhang et al. 2022	Transversal	2.5-5 años	Cumplimiento de guías	↑ Habilidad intelectual	Positivo
Naumann et al. 2023	Transversal	5 años	Entrenamiento digital	↑ Empatía y autorregulación	Positivo
Amorim et al. 2020	Transversal	56 meses	Juegos digitales	↑ Conciencia fonológica	Positivo
Radesky et al. 2022	Cohorte prospectiva	3-5 años	Uso móvil para calmar	↑ Reactividad emocional, ↓ EF	Negativo
Carson y Kuzik 2021	Transversal	3-5 años	Interferencia tecnológica	↓ Inhibición y autorregulación	Negativo
Mallawaarachchi et al. 2024	Meta-análisis	0-6 años	Programas, TV y co-uso	↓ Uso pasivo; ↑ co-uso	Mixto
Arabiat et al. 2022	Revisión sistemática	2-6 años	Apps interactivas	↑ EF	Positivo
Gao et al. 2024	Ensayo	5-6 años	App educativa	↑ Aprendizaje y EF	Positivo

Abreviaturas: EF / FE: Funciones ejecutivas; ↓ : Impacto negativo/disminución; ↑ : Impacto positivo/incremento

empatía y la autorregulación^(13,19,34). De manera consistente, las revisiones sistemáticas y meta-análisis destacan que la calidad del contenido y el acompañamiento parental son factores determinantes en la dirección del efecto^(22,24) (tabla 2).

Se identificaron estudios que evaluaron la relación entre la exposición a pantallas y el desarrollo atencional en la primera infancia. En su mayoría, los hallazgos muestran asociaciones negativas entre un mayor tiempo de pantalla y el control o la regulación de la atención^(18,26-29) (tabla 3).

Tabla III. Resumen de evidencia sobre el impacto del uso de pantallas en la atención infantil

Estudio (Año)	Diseño	Población (Edad)	Tipo de exposición	Resultado principal	Dirección del impacto
Jourdren et al. (2023)	Cohorte prospectiva	2-6 años	Alta exposición	↑ Dificultades atencionales	Negativo
Portugal et al. (2021)	Transversal	3-5 años	Uso táctil	↓ Control endógeno	Negativo
Tan y Zhou (2022)	Revisión sistemática	2.4-6 años	Tiempo total de pantalla	↑ Síntomas de TDAH	Negativo
Bal et al. (2024)	Revisión sistemática	2-6 años	Uso excesivo	↓ Atención	Negativo
Porter et al. (2025)	Cohorte prospectiva	2.5-4.5 años	Tiempo total de pantalla	↓ Regulación fisiológica (RSA)	Negativo

Abreviaturas: TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; RSA: Arritmia Sinusal Respiratoria (regulación fisiológica); ↓: Impacto negativo/disminución; ↑: Impacto negativo/incremento de sintomatología.

Se incluyeron estudios que analizaron la asociación entre el uso de pantallas y el desarrollo socioemocional en la primera infancia. La mayoría reporta efectos negativos del uso pasivo o excesivo, mientras que las intervenciones educativas o el uso guiado se vinculan con ma-

yores niveles de empatía y conducta prosocial^(9,7,18,19,23) (tabla 4).

Para ofrecer una visión integral de la evidencia científica disponible sobre el uso de pantallas en la infancia, los hallazgos se sintetizan en la Tabla 5.

Tabla IV. Resumen de la evidencia científica sobre el impacto de la exposición a pantallas en la cognición socioemocional infantil

Estudio (Año)	Diseño	Población (Edad)	Tipo de exposición	Resultado principal	Dirección del impacto
Carson y Kuzik (2021)	Revisión narrativa	3-5 años	Interferencia parental	↑ Problemas de conducta	Negativo
Gath et al. (2025)	Cohorte longitudinal	2-4.5 años	Exposición prolongada	↑ Problemas sociales (>6 h/día)	Negativo
Naumann et al. (2023)	Transversal	5 años	Entrenamiento digital	↑ Empatía y prosocialidad	Positivo
Kauffman et al. (2023)	Cuasi-experimental	2-6 años	TV educativa	↑ Competencia social	Positivo
Bal et al. (2024)	Revisión sistemática	0-6 años	Uso pasivo	↑ Problemas socioemocionales	Negativo

Abreviaturas: h/día: horas por día; ↑ : Incremento/Impacto observado

Tabla V. Resumen de la evidencia científica sobre el impacto de la exposición a pantallas en los dominios del desarrollo infantil

Dominio del Desarrollo	Impacto Predominante	Factores Determinantes	Evidencia Clave (Ejemplos)
Lenguaje	Mixto	Calidad del contenido y co-uso	↑ Vocabulario (Jing et al.); ↓ CI verbal (Martinot et al.)
Funciones Ejecutivas	Mixto	Interactividad vs. Pasividad	↑ Autorregulación (Naumann et al.); ↓ Inhibición (Helm et al.)
Atención	Negativo	Tiempo de exposición total	↑ Riesgo TDAH (Tan y Zhou); ↓ Control endógeno (Portugal et al.)
Socioemocional	Mixto	Tecnoferencia y contenido	↑ Empatía (Kauffman et al.); ↑ Problemas sociales (Gath et al.)

Abreviaturas: CI: Cociente Intelectual; TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; ↑/↓ : Dirección del efecto clínico.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta revisión muestran que el impacto del uso de pantallas digitales en la infancia temprana es bidireccional y depende de múltiples factores: tipo de exposición, edad del niño, calidad del contenido y mediación parental^(5-9,12-15). El uso pasivo o excesivo, especialmente la televisión o videos sin interacción adulta, se asocia con peores resultados en lenguaje, funciones ejecutivas y atención^(6-9,13,14,18,19). Por el contrario, la exposición interactiva, educativa y guiada por adultos mejora vocabulario, comprensión lectora, memoria de trabajo, autorregulación y competencias socioemocionales^(10-15,20-24).

El uso pasivo reduce la frecuencia de las interacciones verbales necesarias para la adquisición del lenguaje y la construcción de redes cognitivas tempranas^(6,7,13,14). En contraste, las experiencias interactivas y educativas, incluyendo aplicaciones pedagógicas y juegos digitales, fomentan la atención conjunta, la complejidad lingüística y la comprensión, lo que contribuye al desarrollo del vocabulario y la lectura^(10-12,15,21).

Respecto a las funciones ejecutivas, contenidos rápidos, fantásticos o excesivamente estimulantes pueden interferir con la autorregulación y la memoria de trabajo^(7,8,16,17). Por el contrario, programas educativos digitales estructurados muestran mejoras en flexibilidad cognitiva, control inhibitorio y empatía^(13,20-22).

El tipo de pantalla influye en los resultados: las pantallas no interactivas facilitan un procesamiento pasivo, mientras que las pantallas táctiles permiten participación activa, exploración motora y retroalimentación inmediata, elementos que favorecen la atención, la memoria y la flexibilidad cognitiva^(6-8,12,16,20). No obstante, incluso las pantallas interactivas pueden ser contraproducentes si se usan en exceso o sin supervisión^(9,14,24).

El papel de los padres es determinante. La mediación activa –acompañamiento, selección de aplicaciones educativas, co-uso y conversación durante el uso digital– aumenta los efectos positivos y limita los negativos^(10,14,20,21). En contraste, la mediación restrictiva o ausente se asocia con conflictos y menor internalización de normas⁽²¹⁾.

Además, el consumo de pantallas de los padres tiene impacto indirecto: la exposición continua de los adultos a sus dispositivos reduce la interacción cara a cara y puede afectar la atención y habilidades socioemocionales de los niños^(4,14,16).

Entre las estrategias de mediación parental se incluyen:

- Establecimiento de rutinas y horarios familiares para el uso de pantallas.
- Selección de aplicaciones y programas educativos adecuados a la edad.
- Fomento del co-uso familiar, promoviendo aprendizaje compartido.
- Evitar pantallas en comidas y antes de dormir.

La evidencia revisada es heterogénea: los estudios difieren en métodos de medición de exposición, tipo de dispositivos, indicadores de desarrollo y contextos de uso^(5,6,9,12,14,17,18). Esto dificulta la comparación directa y la generalización de resultados. La mayoría de los estudios son observacionales o transversales, limitando la inferencia causal.

Los hallazgos apoyan las recomendaciones de OMS, AAP y AEP: evitar pantallas antes de los 2 años, limitar a ≤ 1 hora diaria entre 2 y 5 años y evitar uso en menores de 6 años salvo con fines educativos⁽²⁻⁴⁾. Es clave promover alfabetización digital parental, con selección consciente de contenidos, mediación activa y regulación del propio uso de dispositivos por parte de los adultos.

En conclusión, las pantallas no son intrínsecamente negativas; su impacto depende del tipo de exposición, calidad del contenido y mediación parental. Una combinación de uso educativo digital, juego libre y participación familiar puede favorecer un desarrollo saludable durante la primera infancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. McArthur B, Browne D, McDonald S, Tough S, Madigan S. Screen use and child development outcomes: A longitudinal study. *Pediatrics*. 2021; 147(6): e2020011429.
2. World Health Organization. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Geneva: WHO; 2019.
3. American Academy of Pediatrics. Media and young minds. *Pediatrics*. 2016; 138(5): e20162591.
4. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre el uso de pantallas en la infancia y adolescencia. Madrid: AEP; 2019.
5. Li C, Cheng H, Guan B, Zhai L, Zhang J, He J. Global prevalence of meeting screen time guidelines among children aged 5 years and younger: a meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2022; 176(5): 501-9.
6. Martinot P, Bernard JY, Peyre H, de Agostini M, Forhan A, Charles MA, et al. Early screen exposure and child development. *Sci Rep*. 2021; 11(1): 7513.
7. Gath M, Horwood LJ, Gillon G, McNeill BC, Woodward L. Screen exposure and child outcomes: a prospective cohort study. *Dev Psychol*. 2025; 61(2): 220-33.
8. Helm AF, McDermott J. Early exposure to screens and cognitive outcomes in infancy. *J Exp Child Psychol*. 2022; 214: 105446.
9. Carson V, Kuzik N. Screen time and early childhood health: a review. *Child Care Health Dev*. 2021; 47(2): 253-61.
10. Rowe M, Turco RG, Blatt JH. Parent-child interactions and media use in early childhood. *J Appl Dev Psychol*. 2021; 75: 101326.
11. Peña M, Vázquez-Venegas C, Cortés P, Pittaluga E, Herrera M, Pino EJ, et al. The impact of digital media on language learning in preschoolers. *NPJ Sci Learn*. 2024; 9: 23.
12. Niklas F, Birtwistle E, Mues A, Wirth A. Early literacy and digital media exposure. *Child Dev*. 2024; 95(2): 450-65.
13. Amorim RN, Pimentel J, Azevedo AF, Simões MR. Associations between tablet use and executive function. *Early Child Res Q*. 2020; 53: 287-96.
14. Beyens I, Vandewater EA, Lemish D, Valkenburg PM. The impact of modifiable parenting factors on the screen use of children 5 years or younger. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2025; 28: 231-48.
15. Jing M, Ye T, Kirkorian HL, Mares ML. The role of co-viewing in children's media use. *Child Dev*. 2023; 94(4): 1256-72.
16. Hale L, Li X, Hartstein LE, LeBourgeois MK. Screen use at bedtime and sleep duration and quality among youths. *JAMA Pediatr*. 2024; 178(4): 408-16.
17. Madigan S, McArthur C, Anhorn C, Eirich R, Christakis D. Associations between screen use and child language skills: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2020; 174(7): 665-75.
18. Bal M, Kara Aydemir AG, Tepetaş Cengiz GŞ, Altındağ A. Examining the relationship between language development, executive function, and screen time: a systematic review. *PLoS One*. 2024; 19(2): e0301234.
19. Naumann S, Bayer M, Kirst S, van der Meer E, Dziobek I. Digital media exposure and empathy development in early childhood. *NPJ Sci Learn*. 2023; 8: 15.
20. Arabiat D, Al Jabery MA, Robinson S, Whitehead L, Mörelius E. Interactive technology use and child development: a systematic review. *Child Care Health Dev*. 2022; 48(6): 1031-45.
21. Gao C, Wang F, Chen J, Tong Y, Chen Y. Screen exposure and neural development: an fMRI study. *Mind Brain Educ*. 2024; 18(1): 72-83.
22. Mallawaarachchi S, Burley J, Mavilidi M, Howard SJ, Straker L, Kervin L, et al. Screen time interventions in early education. *JAMA Pediatr*. 2024; 178(7): 710-22.

23. Kauffman LE, Jacobs L, Jahun M, Babayaro H. How the COVID-19 shutdown revealed the effectiveness of a northern Nigerian educational media program. *J Child Media*. 2023; 17(4): 457-73.
24. Radesky JS, Kaciroti N, Weeks H, Schaller A, Miller AL. Screen time and parent-child interaction quality. *JAMA Pediatr*. 2022; 176(5): 479-86.
25. Peng W, Zhang Y, Wang H, Wu Y, Li M. Effect of interventions on screen time in preschool children: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Public Health*. 2025; 25: 1234.
26. Porter CL, Chojnacki N, Coyne SM, Yang C, Reschke PJ, Stockdale LA, Holmgren HG. Is screen time associated with children's physiological regulation? Answers from a 3-year prospective study before and during the COVID-19 pandemic. *Dev Psychol*. 2025; (in press).
27. Tan T, Zhou Y. Screen use and attention disorders in children: a review. *J Atten Disord*. 2022;26(9): 1187-97.
28. Jourden M, Bucaille A, Ropars J. Neurological outcomes associated with early screen exposure. *Pediatr Neurol*. 2023; 141: 1-9.
29. Portugal A, Hendry A, Smith T, Bedford R. Screen exposure and cognitive flexibility in toddlers. *Comput Hum Behav*. 2022; 132: 107553.
30. Keşşafoglu D, Küntay AC, Uzundağ BA. Digital interaction and joint attention in infancy. *J Exp Child Psychol*. 2024; 224: 106067.
31. McDonald S, Madigan S, Tough S. Educational apps and early childhood development. *Early Child Dev Pract*. 2023; 25: 50-62.
32. Smith J, Brown A. Parent modeling of screen use and child attention outcomes. *J Child Fam Stud*. 2024; 33: 1200-15.
33. Liu H, Chen Y, Wang L. Digital learning applications and cognitive development in preschoolers. *Learn Individ Differ*. 2023; 97: 102245.
34. Zhang Z, Wiebe S, Rahman A, Carson V. Mental health correlates of screen use in preschoolers. *Ment Health Phys Act*. 2022; 23: 100447.
35. Martinot P, Bernard JY. Interactivity in digital media and early learning. *Front Psychol*. 2024; 15: 1234-45.

Trastorno por déficit de atención adquirido tras infarto talámico bilateral por oclusión de la arteria Percherón manifestado por síndrome opercular anterior

J. López Pisón⁽¹⁾, J. P. García Iñiguez⁽²⁾, P. Madurga Revilla⁽²⁾, A. García Oguiza⁽¹⁾,
M. R. Barrena Caballo⁽³⁾, M. Á. Marín Cárdenas⁽³⁾

⁽¹⁾ Sección Neuropediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

⁽²⁾ Sección UCI Pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

⁽³⁾ Servicio Neurorradiología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2026; 56: 50-53]

RESUMEN

Introducción: La arteria de Percherón es una variante anatómica en la que solo hay una arteria perforante talámica. Su oclusión origina un infarto talámico mediano bilateral. Se presenta un caso infantil de infarto talámico bilateral por oclusión de la arteria de Percherón, que mimetizó el síndrome opercular anterior y con secuela de déficit de atención. **Caso clínico.** Niño de 8 años con cuadro subagudo de parálisis facial central bilateral con disociación automática-voluntaria, incapacidad de hablar y somnolencia. La resonancia magnética craneal evidenció infarto talámico bilateral. Recuperación progresiva. A los 3½ meses se evidenció déficit atencional y de memoria de trabajo y deterioro del rendimiento escolar. Buena respuesta a metilfenidato. **Discusión.** Este caso con afectación talámica bilateral mimetizó el síndrome opercular anterior, lo que se explicaría porque las diferentes regiones del córtex cerebral están densamente interconectadas. El déficit de funciones ejecutivas, con déficit de atención y de memoria, e impulsividad, ha sido señalado como secuela de infarto talámico bilateral. **Conclusiones.** El presente caso es un ejemplo más de que el cerebro ejecutivo no está limitado al lóbulo frontal. Se destaca la buena respuesta a los estimulantes como es habitual en el déficit de atención, sea genético o adquirido

PALABRAS CLAVE

Disociación automática-voluntaria; Infarto talámico bilateral; Oclusión de la arteria de Percherón; Pseudoparálisis facial periférica. Trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH); Síndrome opercular anterior.

Attention deficit disorder acquired after bilateral thalamic infarction due to Percheron artery occlusion, manifested by anterior opercular syndrome

ABSTRACT

Introduction: The artery of Percheron is an anatomical variant in which there is only one thalamic perforating artery. Its occlusion results in bilateral median thalamic infarction. We present a pediatric case of bilateral thalamic infarction due to Percheron artery occlusion that mimicked anterior opercular syndrome and resulted in an attention deficit sequela. **Case Report:** We describe an 8-year-old boy who presented with a subacute onset of bilateral central facial paresis with

Correspondencia: Javier López Pisón

Exjefe de Sección de Neuropediatría y Metabolismo Hospital Universitario Miguel Servet

Avda. Ramón Saínz de Varanda, 22, I I.B. 50009 Zaragoza

Teléfono: 696 50 23 13

lopezpison@gmail.com

Recibido: mayo de 2025. Aceptado: julio de 2025

automatic-voluntary dissociation, inability to speak, and somnolence. Cranial MRI revealed bilateral thalamic infarction. He showed progressive recovery. At 3½ months, he exhibited attention and working memory deficits and impaired school performance. He showed a good response to methylphenidate. Discussion: Our case with bilateral thalamic involvement mimicked anterior opercular syndrome, which can be explained by the dense brain connectivity between different regions of the cerebral cortex. Executive function deficits, including attention and memory deficits, and impulsivity, have been reported as sequelae of bilateral thalamic infarction. Conclusions. This case is another example that the executive brain is not limited to the frontal lobe. We highlight the continued good response to stimulants, which is typical in attention deficit, whether genetic or acquired.

KEYWORDS

Anterior opercular syndrome; Artery of Percheron occlusion; Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD); Automatic-voluntary dissociation; Bilateral thalamic infarction; Peripheral facial pseudoparesis.

INTRODUCCIÓN

La arteria de Percherón es una variante anatómica en la que solo hay una arteria perforante talámica. Su oclusión origina un infarto talámico mediano bilateral⁽¹⁻²⁾. El síndrome opercular anterior, debido a afectación de las zonas anteriores de los opérculos, se manifiesta por anartria, disfagia, sialorrea y cara inexpresiva por diplejía facial. Se presenta de forma congénita en displasias perisilvianas, y de forma adquirida en lesiones isquémicas bilaterales de las regiones operculares, encefalitis con afectación perisilviana bilateral, y de forma episódica en epilepsias⁽³⁾.

El déficit de funciones ejecutivas, con déficit de atención y de memoria, e impulsividad, ha sido señalado como secuela de infarto talámico bilateral⁽⁴⁻⁵⁾.

Se presenta un caso infantil de infarto talámico bilateral por oclusión de la arteria de Percherón, que mimetizó el síndrome opercular anterior y con secuela de déficit de atención, con mantenida buena respuesta al metilfenidato.

CASO CLÍNICO

Paciente de 8 años con cuadro agudo compatible con parálisis facial periférica derecha, somnolencia e hipoactividad, que se resolvió en 5 horas, con posterior cansancio mayor a última hora del día. Tras 8 días presentó de nuevo cuadro compatible con parálisis facial derecha junto a incapacidad para el habla y somnolencia. Tomografía craneal normal. Se inició aciclovir IV y se trasladó a nuestra unidad de cuidados intensivos pediátricos. A su ingreso tendencia a somnolencia. Parálisis facial central bilateral con cierre ocular bilateral normal e imposibilidad de mover la lengua a la orden. Reflejo trigeminofacial positivo bilateral al soplo de uno u otro ojo. Ausencia de movimientos voluntarios en el territorio facial inferior: no

respuesta verbal y no podía enseñar los dientes ni hacer muecas bucales ni mover la lengua a la orden. Cerraba los ojos a la orden, pero no ocultaba las pestañas. No podía guiñar sólo un ojo. Sonrió al ver a su madre. Podía escribir a la orden con dificultad y agotándose. Contestaba indicando con el pulgar hacia arriba o abajo. A la orden levantaba las 4 extremidades, sin asimetrías. Reflejos tendinosos normales, simétricos; plantares en flexión. Estudio cardiológico normal, incluida ecografía transesofágica. Estudios bioquímicos, de autoinmunidad, de hipercoagulabilidad y líquido cefalorraquídeo normales. Velocidad de sedimentación globular 5 mm/h.

Resonancia magnética (RM) craneal y angioRM (tras 10 días del primer episodio): Micro infartos cerebelosos de aspecto crónico y supravermiano izquierdo agudo. Infarto lacunar talámico izquierdo en fase aguda y en el lado derecho, de mayor tamaño, de aspecto subagudo (figura 1). Angiografía cerebral (11 días): Hipervascularización talámica bilateral secundaria a las lesiones isquémicas. Obstrucción de la arteria cerebral posterior izquierda en segmentos P3 (figura 2).

Presentó una recuperación progresiva hasta normalización a los 2 meses. Valoración psicológica a los 3½ meses: déficit atencional y de memoria de trabajo y dificultades de acceso a léxico fonológico y semántico. Era evidente el déficit de atención y estaba suspendiendo en 3º de Primaria cuando antes iba bien y no había mostrado ningún problema de atención. Se instauró tratamiento con metilfenidato.

En la última visita, con 12 años y 1 mes estaba con 100 mg de ácido acetilsalicílico como antiagregante, y llevaba 3 años y 6 meses con metilfenidato de liberación retardada, 45 mg, bien tolerado y con claro efecto favorable sobre la atención; buen rendimiento escolar y jugaba al fútbol.

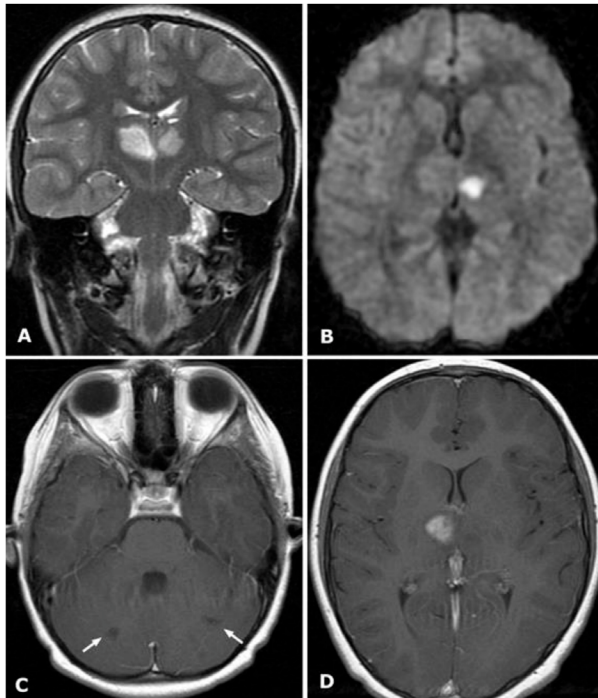


Figura 1. RM cerebral tras 10 días del inicio de la clínica. A, coronal T2: hiperintensidades talámicas correspondientes a infartos recientes. B, estudio de difusión cerebral: restricción de la difusión en el lado izquierdo por infarto agudo. C y D, serie axial T1 con contraste: realce en el infarto talámico derecho por infarto subagudo, restituida ya la difusión. En C, microinfartos cerebelosos antiguos (flechas).

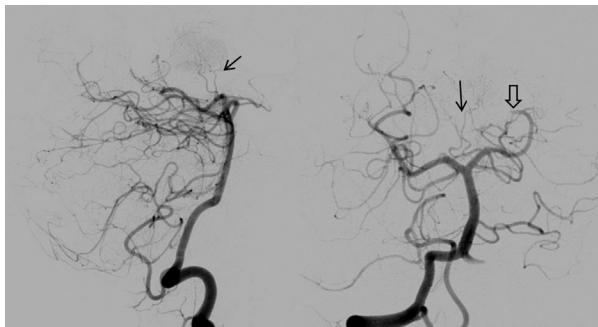


Figura 2. Arteriografía cerebral: estudio selectivo de la arteria vertebral derecha (proyecciones lateral y AP). Las flechas finas indican las arterias de Percheron con la hipervascularización talámica izquierda correspondiente al área del infarto agudo apreciado en la secuencia DWI de la RM inicial. Flecha hueca: oclusión de la arteria cerebral posterior izquierda embólica.

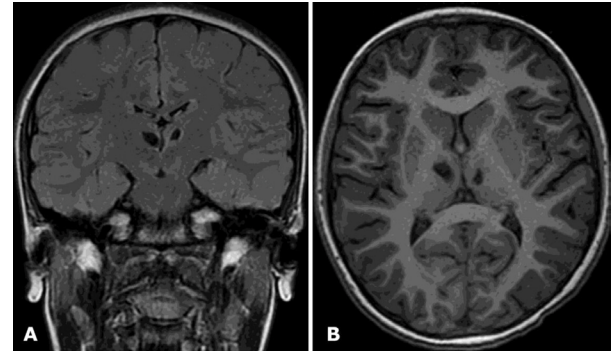


Figura 3. RM cerebral tras 15 meses de evolución. A, coronal T2 FLAIR; B, axial T1. Cavitades malácicas residuales al infarto lacunar en fase crónica.

Control de RM cerebral (tras 15 meses): lesiones hipointensas en T1 y FLAIR e hiperintensas en T2 que afectan a ambos talamos y hemisferios cerebelosos (figura 3). AngioRM normal.

DISCUSIÓN

En el síndrome opercular anterior se afectan las zonas anteriores de los opérculos que incluyen las áreas rolándicas inferiores. Se produce una interrupción bilateral de las vías de conexión entre las áreas de la corteza motora y los núcleos de los pares craneales a nivel troncoencefálico V, VII, IX, X y XII, siendo característica la “disociación automático-voluntaria” que consiste en la ausencia del control voluntario de la musculatura facio-linguo-gloso-faringo-masticatoria, con mímica emocional y movimientos involuntarios preservados. La base fisiopatológica de este hecho radica en que los impulsos para los movimientos emocionales se transmiten al núcleo facial a través del sistema extrapiramidal (ganglios basales) y diencefalo, mientras que las proyecciones córtico-bulbares que emanan desde el córtex motor conducen los impulsos para la motilidad facial voluntaria. Así mismo, los reflejos corneal, nauseoso y tusígeno se mantienen intactos puesto que las estructuras de los arcos reflejos tanto aferentes como eferentes están conservadas⁽³⁾.

La parte del núcleo facial que inerva los músculos de la región superior de la cara recibe fibras córtico-nucleares desde ambos hemisferios cerebrales. Por esta razón en la parálisis facial de origen central unilateral, la rama frontal está intacta y por tanto la oclusión palpebral es completa y es posible fruncir el ceño. Este signo clínico sirve habitualmente para diferenciarla de la parálisis facial periférica. En el síndrome opercular anterior, se produce una “pseudoparálisis facial periférica”; clínicamente es igual que una parálisis facial periférica, pero su origen es supranuclear.

En algunas ocasiones, dependiendo de la amplitud de la lesión puede existir afectación más amplia, y por proximidad, producirse paresia de extremidades superiores de inicio distal y un síndrome opercular más amplio con, además de alteración en la articulación del lenguaje, problemas en la ideación y construcción lingüística⁽³⁾.

En este caso la afectación talámica bilateral mimetizó el síndrome opercular anterior, lo que se explicaría por las densas interconexiones existentes entre diferentes regiones cerebrales (cerebral "networking")⁽⁶⁻⁸⁾.

La historia clínica documenta la evolución del cuadro y la interpretación de los hallazgos de la anamnesis y exploración física, destacando la complejidad de la disociación automático-voluntaria y de la interpretación topográfica de la parálisis facial (origen del término pseudoparálisis facial periférica).

La arteria de Percherón es una variante anatómica, presente en casi un tercio de los cerebros humanos, donde una sola arteria perforante talámica se origina de la arteria cerebral posterior (segmento P1) entre las arterias basilar y comunicante posterior, que suple el mesencéfalo rostral y ambos territorios paramedianos del tálamo. Su oclusión origina frecuentemente en infarto talámico mediano bilateral, que se manifiesta habitualmente por alteración de la conciencia (de confusión a coma), paresia de la mirada vertical y alteración cognitiva⁽¹⁾. También puede manifestarse por parálisis pseudobulbar, con disartria, disfagia y debilidad facial y lingual⁽²⁾. Son frecuentes alteraciones neuropsicológicas, comúnmente deficiencia y lentitud ejecutiva cerebral, déficit de atención y de memoria, e impulsividad^(1, 4).

El déficit de funciones ejecutivas ha sido señalado como secuela de infarto talámico bilateral, con déficit de atención y de memoria e impulsividad⁽⁴⁻⁵⁾.

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) es una disfunción del cerebro ejecutivo con defecto de organización y control de atención, impulsos y emociones, que habitualmente muestra una buena respuesta a los estimulantes⁽⁷⁻⁸⁾.

CONCLUSIONES

El presente caso es un ejemplo más de que el cerebro ejecutivo no está limitado al lóbulo frontal, debido al "cerebral networking".

Se destaca la mantenida buena respuesta a los estimulantes, como es habitual en el TDAH, sea genético o adquirido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caruso P, Manganotti P, Moretti R. Complex neurological symptoms in bilateral thalamic stroke due to Percheron artery occlusion. *Vasc Health Risk Manag.* 2016; 13: 11-4.
2. Lee HY, Kim MJ, Kim BR, Koh SE, Lee IS, Lee J. Acute pseudobulbar palsy after bilateral paramedian thalamic infarction: A case report. *Ann Rehabil Med.* 2016; 40: 751-6.
3. López-Pisón J, Bajo-Delgado AF, Laguna-Mallada P, Calvo-Romero MR, Cabrerizo de Diago R, Peña-Segura JL. Síndrome opercular anterior como manifestación de estado epiléptico no convulsivo. *Rev Neurol* 2004; 38: 934-7.
4. van den Heuvel MP, Sporns O. An anatomical substrate for integration among functional networks in human cortex. *J Neurosci.* 2013; 33 :14489-500.
5. Jodar M, Martos P, Fernández S, Canovas D, Rovira A. Neuropsychological profile of bilateral paramedian infarctions: three cases. *Neurocase* 2011; 17: 345-52.
6. Caruso P, Manganotti P, Moretti R. Complex neurological symptoms in bilateral thalamic stroke due to Percheron artery occlusion. *Vasc Health Risk Manag.* 2016; 13: 11-4.
7. López Pisón J, Molina Herranz D, Carmen Marcén G, Salinas Salvador B, Moreno Sánchez A, Serrano-Viñuales I, Troyas-Fernández de Garayalde L, Marín Andrés M Trastornos del neurodesarrollo y epilepsia. *Problemas neuropsiquiátricos más prevalentes. Bol Pediatr Arag Rioj Sor;* 2022; 52: 131-8. ISSN- e 1696-358X.
8. López Pisón J. Trastornos del neurodesarrollo. Utilidad del DMS-5. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2023; 16(4): 184-92. ISSN | 2171-6811.

Reacción cutánea grave tras uso tópico de ajo como remedio casero en área genital: a propósito de un caso

S. Bona Gazol, M. R. Amiguet Biain, M. Sobreviola Ibarzo, Y. Aliaga Mazas

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2026; 56: 54-56]

RESUMEN

El empleo de productos naturales en el tratamiento de afecciones leves continúa siendo una práctica habitual en determinados contextos socioculturales, especialmente en población pediátrica. El ajo (*Allium sativum*), ampliamente utilizado por sus propiedades antimicrobianas, antifúngicas y antiinflamatorias, puede producir efectos adversos cuando se aplica de forma tópica, particularmente en zonas sensibles. Presentamos el caso de un lactante varón de 2 años que acudió a urgencias por inflamación genital aguda tras la aplicación tópica de ajo fresco con aceite, indicada por un familiar. Se estableció el diagnóstico clínico de balanitis irritativa grave secundaria a quemadura química. El manejo consistió en la retirada inmediata del agente, limpieza con suero fisiológico y administración de corticoides tópicos, además de una dosis de corticoide oral. La evolución fue favorable, con resolución completa en el seguimiento ambulatorio. Este caso clínico pone de relieve los riesgos asociados al uso de terapias no convencionales en población pediátrica y la necesidad de una valoración crítica de dichas intervenciones, incluso cuando se trate de sustancias consideradas tradicionalmente inocuas. Asimismo, resalta la importancia de promover la educación sanitaria dirigida a cuidadores, a fin de prevenir complicaciones y favorecer la consulta precoz ante síntomas persistentes o signos de alarma.

PALABRAS CLAVE

Ajo; Balanitis; Dermatitis por contacto; Quemadura química; Remedio tradicional.

Severe skin reaction after topical application of garlic as a home remedy in the genital region: a case report

ABSTRACT

The use of natural products in the treatment of mild conditions remains a common practice in certain sociocultural contexts, particularly among the pediatric population. Garlic (*Allium sativum*), widely used for its antimicrobial, antifungal, and anti-inflammatory properties, may cause adverse effects when applied topically, especially on sensitive areas. We present the case of a 2-year-old male infant who presented to the emergency department with acute genital inflammation following the topical application of fresh garlic mixed with oil, as advised by a family member. A clinical diagnosis of severe irritative balanitis secondary to chemical burn was established. Management included immediate withdrawal of the offending agent, irrigation with normal saline, and administration of topical corticosteroids, along with a single dose of oral corticosteroid. The patient showed a favorable course, with complete resolution during outpatient follow-up. This clinical case highlights the risks associated with the use of non-conventional therapies in pediatric patients and the need for critical assessment of such interventions, even when involving substances traditionally regarded as harmless. It also underscores the importance of promoting health education among caregivers to prevent complications and to encourage early medical consultation in the presence of persistent symptoms or warning signs.

KEYWORDS

Ajo; Balanitis; Dermatitis por contacto; Quemadura química; Remedio tradicional.

Correspondencia: Sabina Bona Gazol

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet
Paseo Isabel la Católica 1-3. 50009 Zaragoza
sabinabona2@gmail.com

Recibido: julio de 2025. Aceptado: noviembre de 2025

El uso de productos naturales o remedios caseros en el manejo de enfermedades leves sigue siendo frecuente en diversas regiones del mundo, especialmente en población pediátrica. Estas prácticas están influenciadas por factores socioculturales, creencias populares y la transmisión intergeneracional del conocimiento. Sin embargo, es fundamental tener presente que su aplicación, en particular sin indicación médica, no está exenta de riesgos potenciales.

Uno de los productos más utilizados en medicina tradicional es el ajo (*Allium sativum*), ampliamente reconocido por sus propiedades antimicrobianas, antifúngicas y antiinflamatorias⁽¹⁾. Estos efectos han sido atribuidos principalmente a compuestos organosulfurados como la alicina^(1, 2). No obstante, el uso tópico del ajo en su forma cruda puede inducir reacciones cutáneas adversas, incluyendo dermatitis de contacto irritativa, reacciones alérgicas e incluso quemaduras químicas, especialmente si se aplica en zonas sensibles o bajo oclusión⁽³⁾. La piel infantil, debido a su menor grosor epidérmico, mayor permeabilidad y desarrollo inmunológico incompleto, presenta mayor susceptibilidad frente a agentes irritantes. Esto incrementa el riesgo de daño cutáneo significativo ante la exposición a sustancias potencialmente tóxicas o irritantes.

A pesar de que en la literatura médica existen algunas descripciones de lesiones cutáneas relacionadas con el ajo

en adultos, su uso en niños pequeños, particularmente en la zona genital, es extremadamente infrecuente. Presentamos un caso clínico de balanitis irritativa grave secundaria a aplicación tópica de ajo en un lactante varón, con evolución favorable tras manejo conservador. Este caso pretende alertar sobre los riesgos del uso de terapias no convencionales en niños y subraya la importancia de la educación sanitaria de los cuidadores.

Paciente varón de 2 años, previamente sano, que acude al servicio de urgencias por inflamación genital de inicio brusco en las últimas 2 horas. La familia refería como antecedente una pequeña zona eritematosa en la base del pene de 2 semanas de evolución, tratada inicialmente con antibiótico y corticoide tópicos sin mejoría significativa. A la exploración física destacaba edema importante e inflamación difusa de la región peneana, con eritema que se extendía hasta el pubis (figura 1, A y B). No presentaba fiebre, disuria ni signos sistémicos. La micción era normal y se pudo retraer el prepucio sin dificultad, observando meato uretral permeable y sin signos de infección activa. No se evidenciaron lesiones vesiculosas, ulcerativas ni exudado purulento. Durante la anamnesis ampliada, se identificó la aplicación hacía unas 6 horas de una mezcla de ajo fresco triturado con aceite directamente sobre el pene a modo de crema regenerativa, recomendada por

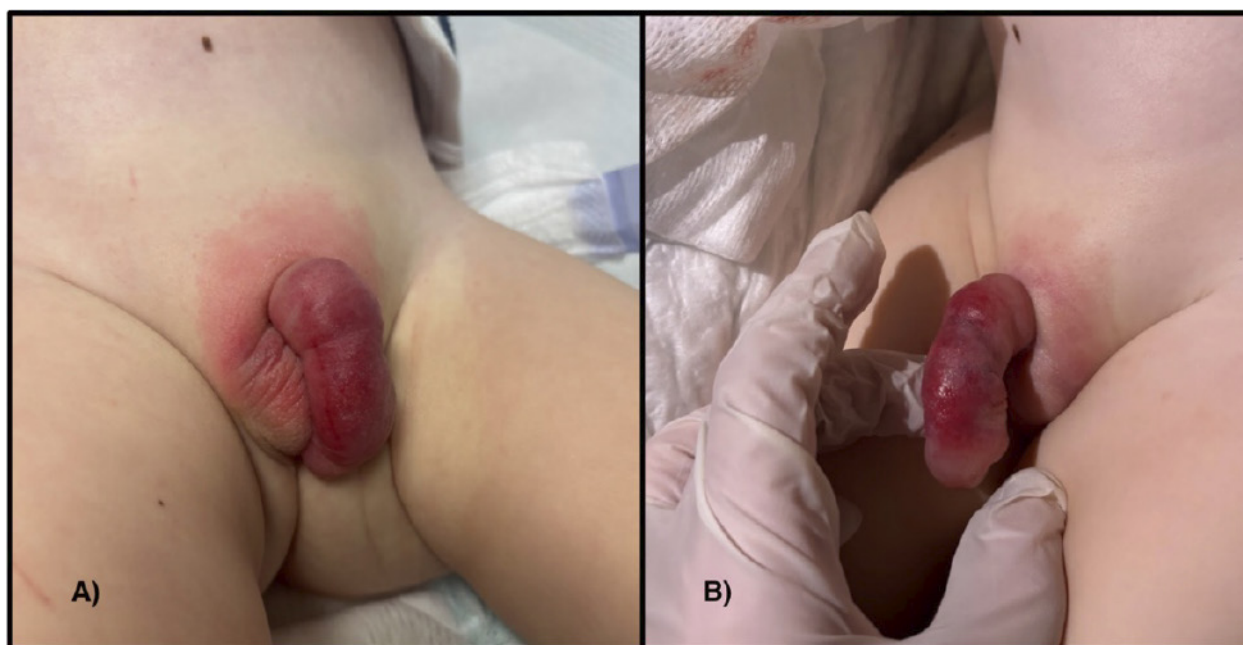


Figura 1. Balanitis irritativa en lactante varón. (A) Vista frontal: eritema marcado en región púbica y base del pene, con edema e inflamación local generalizada. (B) Vista lateral izquierda: inflamación generalizada peneana con eritema, edema grave del glande, y zonas equimóticas en el cuerpo.

un familiar como medida curativa, con colocación posterior del pañal encima de la mezcla. A las pocas horas, comenzó de forma progresiva un empeoramiento clínico con aumento del eritema, así como edema cada vez más marcado. Dada la presentación clínica, se consideraron dentro de los diagnósticos diferenciales la dermatitis alérgica de contacto y la balanitis (infecciosa o irritativa), sin embargo, la relación temporal inmediata con la aplicación del ajo, así como la tolerancia previa a este alimento por el paciente, permitió establecer el diagnóstico de balanitis irritativa química por los compuestos que presenta este alimento. Se estableció el diagnóstico clínico de balanitis irritativa grave secundaria a quemadura química por ajo. El manejo incluyó la retirada inmediata del agente irritante, lavado con suero fisiológico, aplicación tópica de corticoide de baja potencia y una única dosis de corticoide oral. La evolución fue favorable, con mejoría clínica en las primeras 24 horas y resolución completa sin secuelas tras seguimiento en consultas de urología pediátrica a los 15 días.

El ajo contiene compuestos activos como la alicina, ajoeno y otros derivados sulfurados, responsables de su actividad antimicrobiana⁽⁴⁾. Sin embargo, estos compuestos también poseen propiedades vesicantes e irritantes, especialmente cuando se aplica ajo crudo directamente sobre la piel. Las lesiones suelen aparecer tras contacto prolongado o bajo oclusión, desencadenando dermatitis irritativa o quemaduras de segundo grado⁽⁵⁾. En adultos, se han documentado casos en amas de casa, manipuladores de alimentos o personas que aplican ajo por motivos terapéuticos en afecciones como verrugas, acné o micosis⁽⁶⁾. En niños, estos efectos adversos son mucho menos frecuentes, pero pueden ser más graves dada la inmadurez cutánea. La aplicación en la región genital es particularmente preocupante debido a la alta sensibilidad de esta zona. La literatura médica describe muy pocos casos pediátricos, y la mayoría han ocurrido en contextos de medicina tradicional o prácticas culturales⁽¹⁻⁴⁾. Este caso

subraya la necesidad de una valoración crítica del uso de productos naturales, incluso aquellos culturalmente considerados “seguros”. Si bien los productos derivados de plantas medicinales han demostrado utilidad en algunos contextos, su uso sin supervisión médica, especialmente en niños, puede ser perjudicial^(4, 6).

Desde el punto de vista preventivo, es crucial reforzar la educación sanitaria a cuidadores y familias, enfocando los esfuerzos en desmitificar la inocuidad de los remedios naturales, promover el reconocimiento temprano de signos de alarma, reforzar la necesidad de consultar ante síntomas persistentes y educar sobre los riesgos de terapias no validadas en población vulnerable como la pediátrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alhashim M, Lombardo J. Effect of topical garlic on wound healing and scarring: a clinical trial. *Dermatologic Surgery*. 2020;46(5):618–27. doi:10.1097/DSS.0000000000002123
2. Bojs G, Svensson A. Contact allergy to garlic used for wound healing. *Contact Dermatitis*. 1988; 18(3): 179–81. doi:10.1111/j.1600-0536.1988.tb04515.x
3. González-Pérez R, González-Hermosa R, Díaz-Ramón JL, Aseginolaza B, Soloeta R. Eczema palpebral en pacientes sensibilizados al disulfuro de dialilo. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-eczema-palpebral-pacientes-sensibilizados-al-articulo-13069651>
4. Hall LE, Portera MV, Patel TS. Herbalism in wound care: a case of garlic burn. *JAAD Case Rep*. 2021;9:100–1. doi:10.1016/j.jdc.2021.01.013
5. Lembo G, Balato N, Patruno C, Auricchio L, Ayala F. Allergic contact dermatitis due to garlic (*Allium sativum*). *Contact Dermatitis*. 1991;25(5):330–1. doi:10.1111/j.1600-0536.1991.tb01888.x
6. Urbina F, Sudy E. Dermatitis de contacto por ajo usado con fines medicinales. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. Disponible en: <https://actasdermo.org/es-dermatitis-contacto-por-ajo-usado-articulo-10021947>

Exantema auricular en un día soleado

M. Sobreviela Ibarzo, Y. Aliaga Mazas, S. Bona Gazol, O. Valer Monterde

Servicio Pediatría del Hospital Materno Infantil Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2026; 56: 57-59]

Se presenta el caso de un niño de 8 años que acude a Urgencias por aparición de lesiones cutáneas puntiformes en pabellones auriculares de 12 horas de evolución. Asocia además prurito y enrojecimiento cutáneo progresivo. Afebril. No presenta clínica infecciosa. A la exploración se observan pabellones auriculares ligeramente inflamados y eritematosos con pápulas puntiformes en hélix (figuras 1, 2 y 3).

La erupción primaveral juvenil (EPJ), o dermatitis primaveral juvenil, cursa con la aparición brusca de un exantema eritematoso pruriginoso que se acompaña de pápulas, que evolucionan posteriormente a vesículas y costras. Su curso es autolimitado y cura sin dejar cicatriz. La localización habitual es en la zona superior y externa del hélix de ambos pabellones auriculares y no se acompaña de otras lesiones en regiones fotoexpuestas (cara, escote o cuello).

Típicamente inicia tras la exposición solar en el inicio de la primavera, cuando los días son fríos y soleados. La mayor incidencia ocurre en varones de entre 5 y 15 años, especialmente aquellos con pabellones auriculares prominentes. La fisiopatología de esta entidad no está del todo establecida, aunque ha sido asociada al grupo de las fotodermatosis, como una variante localizada de la erupción polimorfa lumínica.

El tratamiento es sintomático y no siempre necesario. Cuando las molestias locales son importantes, se emplean de elección corticoides tópicos e hidratación cutánea. Además, conviene aconsejar a la familia sobre el uso de fotoprotección para disminuir la intensidad y frecuencia de posibles recidivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez-Salafranca M, Lanuza-Arcos R, Barbed-Ferrández S, Ara Martín M. Erupción primaveral juvenil. Juvenile spring eruption. Arch Argent Pediatr. 2018;116(6):445-446.
2. Mateos Torre P, Sánchez Durán MA, Saloni Gómez N, Álvarez García J. Se te ponen, si les dejas, rojitas las orejas . Rev Pediatr Aten Primaria. 2023;(32):e261.
3. Lachaux J, Vuillemin Q, Savatier E, Duval M, Colléony T, Schwartzbrod PÉ. Juvenile Spring Eruption: A Report on an Outbreak and 2 Sporadic Cases in French Military Personnel. Mil Med. 2025;190(9-10):e2197-e2201. doi:10.1093/milmed/usae501

Correspondencia: María Sobreviela Ibarzo
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet
Paseo Isabel la Católica, 1-3. 50009 Zaragoza
msobrevielai@salud.aragon.es
Recibido: noviembre de 2025. Aceptado: diciembre de 2025



Figura 1. Pabellón auricular derecho.



Figura 2. Pabellón auricular izquierdo, vista anterior.



Figura 3. Pabellón auricular izquierdo, vista posterior.

La radiografía convencional como clave diagnóstica en un caso de faringitis persistente

M. Garrido Martín⁽¹⁾, S. Ortiz Madinaveitia⁽¹⁾, R. Peñalver Penedo⁽²⁾, A. Peña Busto⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hospital Universitario Santa Bárbara. Soria. ⁽²⁾ C. S. Almazán. Soria

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2026; 56: 60-61]

Los abscesos retrofaríngeos son infecciones profundas del cuello que afectan principalmente a niños menores de 5 años. Aunque suelen originarse por infecciones respiratorias, también pueden desarrollarse tras la introducción de cuerpos extraños, como espinas de pescado⁽¹⁾. El pronóstico y evolución de esta patología viene determinado por su diagnóstico precoz y su abordaje combinado médico-quirúrgico⁽²⁾.

El caso al que nos referimos es el de una lactante de 13 meses remitida a Urgencias por faringoamigdalitis febril persistente. Como antecedente destaca que diez días antes presentó atragantamiento por pescado, sin evidencia inicial de cuerpo extraño. A las 24 horas comenzó con fiebre elevada y dos días después expulsó espontáneamente una espina de 2 centímetros. Sin embargo, persistió la fiebre con odinofagia, disfagia, postura en trípode y rechazo alimentario con preferencia por líquidos/semilíquidos.

En Urgencias se objetivó deshidratación leve según la escala de Gorelick y cierta hipoactividad. La exploración de la cavidad bucal mostró hiperemia faríngea sin exudados. Se realizó analítica donde destaca leucocitosis (21.940/ μ L), neutrofilia, Proteína C reactiva elevada (78,6 mg/L), procalcitonina normal y una radiografía cervical que mostró ensanchamiento del espacio retrofaríngeo y colecciones aéreas compatibles con la presencia de un absceso retrofaríngeo. Se inició antibioterapia empírica con amoxicilina-clavulánico y metronidazol intravenosos con el fin de cubrir *Streptococcus*, *Staphylococcus* y anaerobios. La radiografía cervical mostró ensanchamiento del espacio retrofaríngeo y colecciones aéreas compatibles con la presencia de un absceso retrofaríngeo (figuras 1 y 2). Se derivó a centro terciario para Tomografía Axial Computarizada (TAC) y drenaje quirúrgico (figura 3). La evolución fue favorable siendo dada de alta a los 7 días.

Este caso ilustra una forma poco frecuente de un absceso retrofaríngeo secundario a cuerpo extraño, que puede complicarse si no se identifica precozmente. La literatura recoge casos similares, algunos con evolución grave como mediastinitis descendente, lo que refuerza la necesidad de una actuación rápida y coordinada⁽³⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz de la Cuesta F, Cortes Castell E, García Ruiz ME, Severa Ferrandiz G. Abscesos cervicales profundos infantiles: experiencia de una unidad de ORL infantil de referencia durante 15 años. *An Pediatr*. 2019; 91(1): 30-6. doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.09.014.
2. Gomez MA, Mejia B. Necrotizing Soft-Tissue and Retropharyngeal space infections and mediastinitis. *N Engl J Med*. 2024; Jul 18; 391(3): e5. doi: 10.1056/NEJMicm2312959.
3. Joint ML. Recognizing a peritonsillar abscess in pediatric patients. *Adv Emerg Nurs J*. 2023; 2023; 45(2): 123-30. doi: 10.1097/TME.0000000000000454.

Correspondencia: María Garrido Martín
Paseo Santa Bárbara, s/n.42005 Soria
mgarridom1@saludcastillayleon.es
Recibido: julio de 2025. Aceptado: enero de 2026

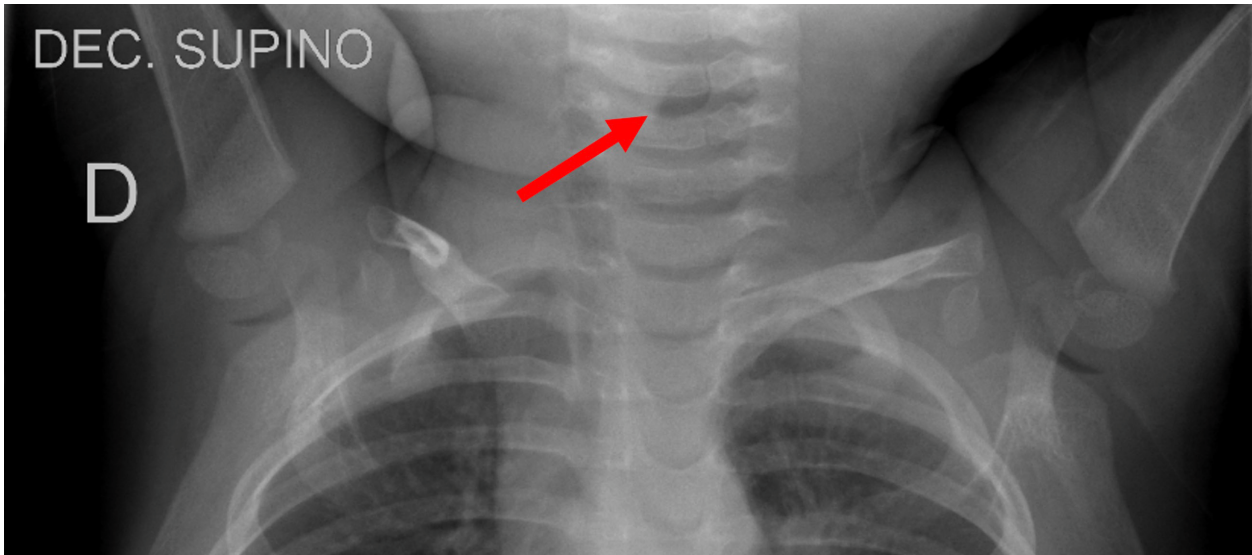


Figura 1. Radiografía anteroposterior de cuello y partes blandas en la que se objetiva nivel aéreo (flecha roja).

Cuando la clínica se disfraza: diagnóstico enmascarado

Ó. Valer Monterde, A. Martín Costa, R. Garcés Gómez, M. Sobreviola Ibarzo,
E. M. Baratech Buira, A. S. Maine Rodrigo

Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2026; 56: 62]

INTRODUCCIÓN

La tiña incógnita es una dermatofitosis cuya presentación clínica se modifica tras el uso de corticoides tópicos, dificultando su reconocimiento y retrasando el diagnóstico correcto. La supresión de la respuesta inflamatoria local provoca lesiones atípicas que pueden confundirse con eccema, dermatitis o infecciones bacterianas, favoreciendo tratamientos inadecuados y la progresión de la infección fúngica.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una niña de 4 años sin antecedentes personales relevantes que consultó por lesiones cutáneas de 4-5 meses de evolución localizadas en hueco poplíteo derecho. Inicialmente presentaba placas eritematodescamativas compatibles con dermatofitosis, tratadas sucesivamente con preparados tópicos combinados con corticoides, antifúngicos y antibióticos, sin mejoría clínica. La evolución posterior fue hacia lesiones

pustulosas e inflamatorias con eritema y nodulación local. En Urgencias Pediátricas se realizó estudio microbiológico mediante visión directa y cultivo micológico. La visión directa mostró hifas y arthroconidias sugestivas de dermatofitos y el cultivo confirmó aislamiento abundante de *Trichophyton mentagrophytes* complex. Se inició tratamiento con terbinafina oral desde el servicio de urgencias ante alta sospecha clínica con mejoría progresiva de las lesiones y seguimiento por Dermatología Pediátrica.

COMENTARIOS

La tiña incógnita constituye un importante reto diagnóstico en Pediatría y Dermatología. El uso indiscriminado de corticoides tópicos puede enmascarar la clínica típica de las dermatofitosis y favorecer formas inflamatorias de evolución tórpida. Ante lesiones cutáneas resistentes al tratamiento antiinflamatorio debe considerarse esta entidad y realizar confirmación microbiológica precoz.

Homocistinuria como causa de trastorno del neurodesarrollo tras screening metabólico normal

M. Aparicio Miguel, C. Cabañero Lausín, R. Pérez Delgado, I. García Jiménez, N. Clavero Montañés, L. García González

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2026; 56: 63]

INTRODUCCIÓN

La homocistinuria clásica por déficit de cistationina β -sintasa (CBS) es un error congénito del metabolismo de la metionina (autosómico recesivo) con elevación de homocisteína y metionina. Puede asociar afectación del neurodesarrollo y complicaciones potencialmente graves (tromboembolismo y luxación del cristalino), por lo que el diagnóstico y tratamiento precoces son prioritarios.

CASOS CLÍNICOS

Niño de 3 años con retraso del desarrollo psicomotor de padres de origen pakistaní consanguíneos (primos hermanos). Cribado neonatal normal (metionina 19 $\mu\text{mol/L}$). Derivado desde el centro escolar por inexpresividad, escasa socialización, irritabilidad, rigidez y temblor con afectación de la motricidad fina. Al inicio del estudio analítico, presenta homocisteína de 243,4 $\mu\text{mol/L}$, folato de 1,91 ng/ml y vitamina B12 de 365 pg/ml. Se amplía estudio de aminoácidos plasmáticos: metionina 582,9 $\mu\text{mol/L}$ y C3

normal, confirmándose una hiperhomocisteinemia severa. Se inició prueba terapéutica con piridoxina, ácido fólico e hidroxicobalamina, planificándose control analítico, estudio genético y derivación a servicios de oftalmología y cardiología.

COMENTARIOS

La combinación de hiperhomocisteinemia severa con hipermetioninemia orienta a homocistinuria clásica por defecto de CBS frente a defectos de remetilación/cobalamina (metionina habitualmente baja o normal). En los trastornos del neurodesarrollo de etiología no filiada es importante insistir en estudios analíticos con biomarcadores específicos de enfermedades metabólicas tratables incluso cuando el cribado neonatal ha sido normal: los programas basados en metionina pueden generar falsos negativos, especialmente en formas leves y/o respondedoras a vitamina B6, lo que apoya estrategias con marcadores de segundo nivel (homocisteína) o ratios para reducirlos.

Diabulimia: un reto en el manejo de la diabetes tipo I

R. Sanz Ezquerro, M. Vara Callau, E. Civitani Monzón, M. Ferrer Lozano

Hospital Infantil Miguel Servet . Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2026; 56: 64]

INTRODUCCIÓN

Las personas con diabetes (especialmente tipo I) tienen hasta 2 veces más riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) que la población general. La incidencia es particularmente alta en mujeres adolescentes, pudiendo superar el 7%. El más frecuente es la *diabulimia*.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una adolescente diagnosticada de diabetes mellitus tipo I a los 9 años, con buen control metabólico inicial mediante múltiples dosis de insulina y posteriormente con bomba de insulina. Durante los primeros años mantuvo una adecuada adherencia terapéutica y HbA1C dentro de objetivo >7%. A los 12 años se detectaron alteraciones conductuales relacionadas con la alimentación y el manejo de la diabetes, con ingestas furtivas, atracones, omisión de bolos de insulina, manipulación de los registros de la bomba y empeoramiento del control glucémico. Coin-

ciendo con problemas de bullying escolar y ansiedad, la paciente desarrolló un TCA que se conoce como diabulimia, caracterizado por episodios recurrentes de atracones y administración inadecuada o insuficiente de insulina para perder peso. La evolución posterior involucró mala adherencia al tratamiento, menor uso del sensor, frecuentes hiperglucemias y un ingreso hospitalario por cetoacidosis diabética leve por abandono parcial del tratamiento. Se inició abordaje multidisciplinar con seguimiento estrecho por Endocrinología Pediátrica y Salud Mental Infantojuvenil, tratamiento farmacológico y psicoterapia.

COMENTARIOS

La diabulimia es el TCA más común en personas diabéticas. Implica un peor control metabólico, mayores cifras de HbA1C, complicaciones agudas (cetoacidosis diabética) e inicio de complicaciones crónicas. Es necesario un abordaje precoz y multidisciplinar de esta infradiagnosticada patología.

Más allá del uso tópico: intoxicación por povidona yodada en una adolescente

D. M. Revilla Lahoz, R. Lanuza Arcos, A. S. López Pérez, M. Gil Del Río, L. Villén Lapuente, M. P. Collado Hernández

Hospital Clínico Universitario Lozano Bles. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2026; 56: 65]

INTRODUCCIÓN

La povidona yodada es un antiséptico tópico ampliamente utilizado cuya ingesta oral constituye un evento poco frecuente, aunque potencialmente grave debido a la absorción sistémica de yodo y sus efectos tóxicos. En edad pediátrica, la evidencia disponible es limitada y se restringe a un reducido número de casos publicados, algunos asociados a morbilidad significativa. Además, no existe un protocolo terapéutico claramente consensuado.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una adolescente de 14 años con antecedentes de trastorno de conducta e ideación suicida recurrente, en seguimiento por Psiquiatría Infanto-Juvenil y con ingresos psiquiátricos previos, que acudió al Servicio de Urgencias tras la ingestión voluntaria de povidona yodada. A su llegada mostraba estabilidad hemodinámica, adecuada oxigenación y exploración neurológica normal (Glasgow 15), destacando únicamente somnolencia y múltiples lesiones superficiales autoinfligidas. Ante la sospecha de intoxicación por yodo, se

contactó precozmente con Toxicología y se realizó una valoración multidisciplinar. La endoscopia digestiva alta, indicada tras valoración por Cirugía Pediátrica, descartó lesiones esofagogástricas. No se administró carbón activado debido a la realización prevista del procedimiento endoscópico.

Durante la hospitalización la paciente permaneció clínicamente estable, sin alteraciones analíticas relevantes ni evidencia de afectación renal, hepática o hematológica; asimismo, la determinación de yodo urinario fue negativa. Tras iniciar tolerancia oral precoz, fue dada de alta con seguimiento coordinado por Atención Primaria y Salud Mental.

COMENTARIOS

Este caso pone de manifiesto la necesidad de una evaluación multidisciplinar, monitorización clínica y analítica inmediata y diferida, así como seguimiento psiquiátrico estrecho, dada la posibilidad de complicaciones renales, metabólicas y tiroideas asociadas a la intoxicación por yodo, incluso en ausencia de manifestaciones iniciales.

Edema idiopático de pene en lactante: a propósito de un caso clínico

A. Villalba Magallón, P. Morte Coscolín, M. del R. Amiguet Biain, I. Tena Santafé, M. Aparicio Miguel

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2026; 56: 66]

INTRODUCCIÓN

La inflamación aguda del órgano genital masculino en la edad pediátrica constituye un motivo de consulta recurrente en los servicios de urgencias pediátricos. La balanitis y la balanopostitis presentan, por lo general, una etiología de carácter infeccioso o irritativo; no obstante, determinados casos manifiestan una clínica atípica, caracterizada por un marcado edema o manifestaciones cutáneas concomitantes que complejizan el diagnóstico diferencial.

CASO CLÍNICO

Varón de 20 meses, que acude a urgencias por inflamación peneana de 4 horas de evolución sin otra sintomatología. En la exploración física se observó edema y eritema en la base del pene, doloroso a la palpación, asociado a equimosis en la región anterior, sin signos de parafimosis ni afectación testicular.

Las pruebas complementarias mostraron leucocituria leve en análisis de orina sin infección urinaria y analítica sanguínea sin alteraciones relevantes. Durante la observación en urgencias presentó progresión del edema y aumento de la equimosis en la raíz del pene.

Fue valorado por cirugía pediátrica y conjuntamente se orientó como edema idiopático de pene, por lo que se pautó tratamiento conservador con antiinflamatorios, antihistamínicos, corticoides orales y medidas locales. A las 48 horas acudió a su pediatra de Atención Primaria con persistencia de coloración violácea del pene y mejoría de la inflamación sin aparición de otros signos de alarma.

COMENTARIOS

El edema idiopático de pene en lactantes puede manifestar una evolución clínica tórpida o alarmante que simule afecciones de etiología traumática o infecciosa. Una exhaustiva anamnesis y exploración física, en conjunción con un estrecho seguimiento evolutivo, resultan determinantes para establecer el diagnóstico de sospecha y evitar intervenciones diagnósticas o terapéuticas invasivas e innecesarias. Por consiguiente, el abordaje conservador se consolida como la estrategia terapéutica de elección, demostrando una elevada eficacia en la resolución de la mayoría de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

- Gracia Romero J, Bragagnini Rodríguez P. Urología para pediatras. Saarbrücken: Editorial Académica Española; 2018.
- Lau JTK, Ong GB. Acute idiopathic penile edema: a separate clinical entity? J Urol. 1981; 126(5): 704-5.
- Klin B, Lotan G, Efrati Y, Strauss S. Acute idiopathic scrotal edema in children— revisited. J Pediatr Surg. 2002; 37(8): 1200-2.
- Edwards S, Bunker CB, Ziller F, van der Meijden WJ. European guideline for the management of balanoposthitis. Int J STD AIDS. 2014; 25(9): 615-26.

Obstrucción urinaria pediátrica. El pasado es un gran predictor del futuro

Á. Laborda Pascual, P. Casini, M. Lasry Mizzi, D. Lázaro Sáenz, A. Gastón Faci

Centro de Salud Utebo. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2026; 56: 67]

INTRODUCCIÓN

La obstrucción urinaria en pediatría comprende procesos congénitos o adquiridos que dificultan el flujo normal de la orina y pueden comprometer la función renal si no se diagnostican precozmente. Aunque las anomalías congénitas son una causa frecuente, las obstrucciones adquiridas, secundarias a litiasis, infecciones, inflamación, traumatismos o masas compresivas, representan un importante reto diagnóstico. Su presentación varía según la edad, el sexo y la etiología. El tratamiento debe individualizarse en función de la causa y de la repercusión funcional, pudiendo incluir seguimiento, tratamiento médico o cirugía.

CASO CLÍNICO

Varón de 14 años, sin antecedentes relevantes, que consultó por dificultad miccional, sensación de vaciado incompleto y disminución de la fuerza del chorro urinario de tres semanas de evolución. Tras detectarse una vejiga distendida en Atención Primaria, fue remitido a Urgen-

cias. El estudio inicial mostró hematuria microscópica con urocultivo negativo, interpretándose como posible obstrucción por coágulo uretral. Ante la persistencia de los síntomas y la aparición de globo vesical, precisó nueva valoración por Urología. La cistoscopia evidenció una estenosis uretral bulbar puntiforme, por lo que se realizó uretrotomía interna endoscópica. La revisión retrospectiva de la historia clínica identificó un episodio previo de hematuria autolimitada, sugiriendo un posible origen cicatricial postraumático.

COMENTARIOS

La obstrucción urinaria adquirida es una causa poco frecuente, pero potencialmente grave, de síntomas miccionales en pediatría. Este caso destaca la importancia de mantener una alta sospecha clínica ante síntomas persistentes y de revisar exhaustivamente los antecedentes personales para identificar etiologías infrecuentes, como la estenosis uretral postraumática.

